



CARTA DE CONSENTIMIENTO

Intercambio

Favor de usar letra imprenta.

_____ de _____ de 20____

Manifiesto mi aceptación por la participación de mi hijo(a) _____ en el programa de Intercambios de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres para el Periodo _____ (mes) _____ (año), de la misma manera asumo toda responsabilidad en el comportamiento de mi hijo(a) durante su estancia en la universidad y hospital anfitriones y en la cobertura de los costos que este programa genere.

Sé que la entrega de esta solicitud en la Oficina de Extensión y Proyección Universitaria no es garantía de que mi hijo(a) sea aceptado(a), sino que será necesaria la aprobación por la Universidad de destino para que él (ella) quede formalmente admitido(a) en dicho programa.

Es de mi conocimiento que mi hijo(a) está al tanto de las condiciones generales del intercambio y que cumplirá con todas ellas.

ATENTAMENTE,

Nombres y Apellidos

Firma

Teléfono

DNI

Parentesco